



令和7年度 直方市地域ケア会議

～ケアマネ・助言者向け研修～

令和7年4月30日（水）10：00～

主催：直方市地域包括支援センター

社会福祉法人 夢創
副理事長 靱井 剛士

本日の説明内容

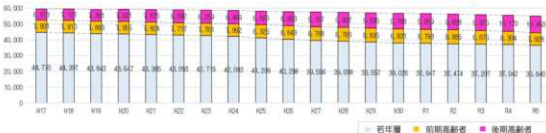
1. 直方市の現状
2. 地域ケア会議について
 - (1) 直方市の地域ケア会議の取り組み・流れ
 - (2) 自宅訪問～事例の振り返り
 - (3) 助言者の方へ
3. 令和7年度地域ケア会議の新たな取り組み
4. 地域包括ケアシステム推進会議への報告



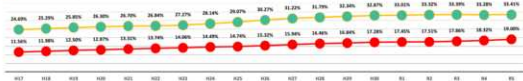
直方市の現状



直方市人口の推移



● 高齢化率
● 後期高齢化率



【直方市】 高齢化率（前期・後期高齢者）

前期・後期逆転

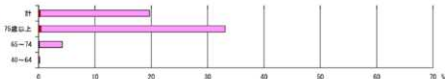
高齢者人口ピーク

(年度末数値)	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5
若年層	44,770	44,397	43,843	43,647	43,365	43,093	42,719	42,093	41,209	40,298	39,556	39,098	38,557	38,026	37,847	37,474	37,207	37,042	36,640
高齢者人口	14,674	15,031	15,284	15,576	15,800	15,809	16,020	16,481	16,891	17,496	17,955	18,223	18,431	18,619	18,652	18,723	18,650	18,474	18,381
前期高齢者	7,801	7,910	7,893	7,955	7,924	7,717	7,761	7,992	8,325	8,643	8,788	8,786	8,835	8,831	8,793	8,885	8,675	8,304	7,928
後期高齢者	6,873	7,121	7,391	7,621	7,876	8,092	8,259	8,489	8,566	8,853	9,167	9,437	9,596	9,788	9,859	9,838	9,975	10,170	10,453
総人口	59,444	59,428	59,127	59,223	59,165	58,902	58,739	58,574	58,100	57,794	57,511	57,321	56,988	56,645	56,499	56,197	55,857	55,516	55,021
高齢化率	24.69%	25.29%	25.85%	26.30%	26.70%	26.84%	27.27%	28.14%	29.07%	30.27%	31.22%	31.79%	32.34%	32.87%	33.01%	33.32%	33.39%	33.28%	33.41%
後期高齢化率	11.56%	11.98%	12.50%	12.87%	13.31%	13.74%	14.06%	14.49%	14.74%	15.32%	15.94%	16.46%	16.84%	17.28%	17.45%	17.51%	17.86%	18.32%	19.00%

直方市 要介護（支援）者の認定状況

令和5年度
認定率

KOBデータより



年齢		2号		1号		計			
		40～64		65～74			75～		
被保険者数		16,837		8,797		10,208		25,842	
認定者数		41		357		3,407		3,805	
認定率		%		0.2		4.2		33.1	19.7(1号のみ)
新規認定者数		1		6		42		49	
新規認定率		%		0.01		0.12		0.39	0.27(1号のみ)
支援	要支援1	(%)	4(8.2)	要支援1	59(16.4)	395(11.2)		458(11.8)	
	要支援2	(%)	7(19.5)	要支援2	62(16.5)	508(14.9)		577(15.1)	
介護	要介護1	(%)	6(17.9)	要介護1	70(20.7)	825(24.9)		901(24.4)	
	要介護2	(%)	9(23.7)	要介護2	65(16.5)	593(17.4)		667(17.3)	
	要介護3	(%)	3(10.4)	要介護3	28(9.0)	408(11.4)		439(11.2)	
	要介護4	(%)	6(11.8)	要介護4	45(13.6)	437(13.1)		488(13.1)	
	要介護5	(%)	6(8.6)	要介護5	28(7.3)	241(7.0)		275(7.0)	

直方市 要介護認定状況の経年推移

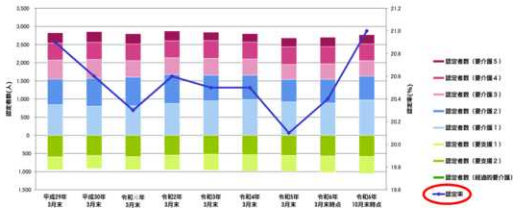
令和4年度 KDBデータより

1号被保険者		3号年度要介護度								
34年度	合計	要介護なし 要介護要 要介護要	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	要介護6	要介護7	要介護8
要介護1	15,949人	8,277人	353人	688人	733人	534人	341人	381人	212人	750人
要介護2	8,972人	8,128人	122人	128人	143人	87人	43人	26人	12人	277人
要介護3	8,972人	88.1%	1.8%	1.8%	2.1%	1.0%	0.8%	0.4%	0.2%	4.0%
要介護4	352人	47人	184人	38人	36人	12人	4人	6人	3人	22人
要介護5	477人	13.4%	47.3%	16.3%	16.2%	3.4%	1.1%	1.1%	0.9%	6.2%
要介護6	37人	7.8%	8.4%	52.8%	12.4%	7.1%	1.7%	1.9%	0.8%	6.9%
要介護7	194人	23人	12人	36人	437人	167人	48人	43人	7人	86人
要介護8	11人	1.4%	1.4%	2.8%	55.7%	13.4%	6.2%	5.3%	0.9%	11.0%
要介護9	487人	11人	1人	7人	38人	167人	68人	32人	8人	76人
要介護10	230人	2.2%	6.2%	1.4%	7.6%	53.7%	15.7%	6.4%	1.8%	14.8%
要介護11	413人	4人	0人	3人	13人	34人	194人	52人	18人	80人
要介護12	215人	1.2%	6.0%	0.8%	3.9%	7.3%	47.3%	19.8%	6.8%	18.2%
要介護13	413人	12人	2人	9人	9人	13人	23人	30人	21人	122人
要介護14	215人	2.9%	0.5%	0.2%	1.2%	3.1%	5.9%	48.4%	7.9%	28.5%
要介護15	215人	3人	0人	0人	1人	0人	0人	8人	127人	76人
要介護16	215人	1.4%	6.0%	0.9%	0.9%	6.0%	0.9%	3.7%	36.1%	35.2%
35年度 要介護1	284人		87人	83人	181人	47人	28人	22人	13人	

改善	維持	悪化
347人	2,748人	1,195人
	6,138人	538人
	88.1%	8.0%
47人	184人	117人
13.4%	47.3%	33.2%
77人	253人	115人
16.1%	52.8%	24.1%
55人	437人	208人
7.0%	55.7%	26.3%
57人	267人	86人
11.5%	52.7%	18.8%
48人	194人	71人
13.0%	47.3%	21.5%
58人	204人	21人
13.8%	48.4%	7.5%
12人	127人	
5.8%	59.1%	

※割合の端数については四捨五入

直方市 要介護（要支援）認定者数、認定率の推移



【出典】平成28年度から令和4年度：厚生労働省「介護保険事業状況報告（年報）」、令和5年度：「介護保険事業状況報告（3月月報）」、令和6年度：直市の「介護保険事業状況報告（3月月報）」

直方市 要介護（支援）者 有病状況

令和5年度

区分	1号被保険者							
	要支援1 454	要支援2 570	要介護1 886	要介護2 658	要介護3 436	要介護4 482	要介護5 288	計 3,794
地域別	143 (26.2)	142 (27.2)	247 (29.1)	188 (29.1)	82 (22.4)	112 (22.4)	44 (14.4)	663 (24.7)
(再掲)	44	28	32	20	8	11	2	127
健康組合単位	13.4	14.4	13.4	13.4	1.4	2.7	1.3	3.3
介護度	209 (61.3)	275 (64.7)	573 (61.4)	391 (60.7)	264 (58.7)	262 (55.1)	138 (52.0)	2,302 (60.2)
脳疾患	101 (22.4)	125 (21.8)	243 (24.2)	164 (25.3)	106 (24.3)	123 (26.2)	73 (27.1)	634 (24.5)
がん	80 (15.4)	84 (14.8)	99 (11.3)	82 (12.5)	48 (10.9)	62 (10.0)	26 (9.2)	471 (12.7)
精神疾患	108 (23.1)	123 (20.4)	267 (26.7)	227 (36.0)	187 (41.2)	290 (41.4)	126 (45.5)	1,328 (34.3)
心・血管系	280 (62.4)	279 (66.1)	521 (54.7)	343 (56.6)	241 (53.1)	278 (45.4)	114 (43.8)	2,156 (55.4)
認知	20 (3.3)	13 (2.4)	26 (3.3)	19 (3.4)	18 (3.7)	22 (4.1)	8 (3.4)	134 (3.4)
その他	324 (67.4)	296 (68.4)	606 (64.8)	402 (61.8)	268 (57.1)	265 (54.8)	129 (50.8)	2,372 (61.8)
計	1,388 (297.4)	1,684 (294.4)	2,675 (297.5)	1,834 (282.4)	1,234 (273.8)	1,258 (259.1)	608 (246.3)	10,672 (276.4)

KDBデータより

~~~~~

# 地域ケア会議について

~~~~~



地域包括ケアとは

- 高齢者が住み慣れた地域でできる限り継続して生活をおくれるように支えるためには、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、適切なサービス、多様な支援を提供することが必要
- 自助努力を基本にしながら介護保険を中心としつつも、保健・福祉・医療の専門職相互の連携、さらにはボランティア等の住民活動などインフォーマルな活動を含めた、地域の様々な資源を統合、ネットワーク化し、**高齢者を継続的かつ包括的にケアする**必要がある

地域包括ケア



地域ケア会議の「5つ」の機能

1

個別課題の解決

- ・多職種が協働して個別ケースの支援内容を検討することによって高齢者の課題解決を支援するとともに、ケアマネジャーの自立支援に資するケアマネジメントの実践力を高める機能

2

**地域包括支援
ネットワークの構築**

- ・高齢者の実態把握や課題解決を図るため、地域の関係機関等の相互の連携を高める地域包括支援ネットワークを構築する機能

3

地域課題の発見

- ・個別ケースの課題分析等を積み重ねることにより、地域に共通した課題を浮き彫りにする機能

4

**地域づくり
資源開発**

- ・インフォーマルサービスや地域の見守りネットワークなど、地域で必要な資源を開発する機能

5

政策の形成

- ・地域に必要な取組を明らかにし、政策を立案・提言していく機能



地域ケア会議の機能

①直方市地域ケア個別会議

「個別事例の課題検討」

「ケア会議終了後、専門職を交えての自宅訪問・
3ヶ月後の評価訪問」



1 個別課題の解決

②直方市地域ケア会議 助言者連絡会

「地域課題の整理、解決策の検討」



2 ネットワークの構築

3 地域課題の発見

4 地域づくり・資源開発

③直方市地域包括ケアシステム推進会議

「地域に必要な取組を明らかにして施策を立案・提言」



5 政策の形成

地域ケア会議の位置づけ

地域包括支援センターは、地域住民の保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援するため、

- ①介護予防ケアマネジメント業務（法第115条の45第1項第2号）
- ②総合相談支援業務（法第115条の45第1項第3号）
- ③権利擁護業務（法第115条の45第1項第4号）
- ④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務（法第115条の45第1項第5号）

の4つの業務で構成される包括的支援事業等を地域において一体的に実施する役割を担うことによって、地域包括ケアを支える中核拠点として設置されています

また、包括的支援事業を効果的に実施するための環境整備として、多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築が求められています

そして、その構築の1つの手法として、地域ケア会議が位置づけられています

~~~~~

# 直方市での地域ケア会議の 取り組み

~~~~~



事例提供の対象者

総合事業、要支援 1 ～ 要介護 1の方を対象とします



高齢者の生活の質の維持・向上を図るため、多職種による協議により、生活上の課題を確認するとともに、医療・介護のサービスだけでなく、生活環境・生活習慣の改善や生活上の工夫、社会参加などを含めた具体的な支援策を検討する個別会議です

- ・ **至急な検討が必要な事例**
- ・ **訪問介護における生活援助中心型サービスの届出の必要な方の事例 等**

今年度から「4事例目」として時間を設けています！

～事例提供を希望される方は、包括主任CMへご相談ください～

ポイント



検討する事例（具体的な例）

ア 生活機能の向上が期待できる事例、向上させたい事例

- ・ 意欲のある対象者なのでもっと提案できる情報がほしい
- ・ 身体機能は回復してきたので社会参加をもっと活性化させたい
- ・ 福祉用具を活用したほうがADL・IADLが向上すると思うが利用につながらない

イ 生活機能の低下が予測される事例、低下を予防したい事例

- ・ 痛みやふらつきなどの心身機能の低下により、引きこもり、生活不活性の傾向があるので、今後このままでは生活機能の低下が予想される
- ・ 新たなサービスや活動を提案しているが受け入れられない、他の提案はないか
- ・ このような資源があったらいいと思うが、どこに資源があるかわからない

ウ 違った視点やスーパーバイズが欲しい事例

- ・ 長年担当している、あるいは同じサービスを長年続けているのでアセスメントの新たな視点はないか
- ・ 自分はこのプランで良いと思うがどうだろう
- ・ 助言者の専門職に教えてほしいことがある
(薬、食事、口腔、リハビリ、地域資源等で教えてほしいことがある)
- ・ ケアマネジャーの経験がまだ浅いので自信がない・・・ など



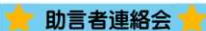
地域ケア会議（令和7年度：個別会議の日程）

開催日	書類提出日締切	事前打合せ	自宅訪問
令和7年 5月21日（水）	5月 7日（水）	5月14日（水）	5月28日（水）
6月25日（水）	6月11日（水）	6月18日（水）	7月 2日（水）
7月23日（水）	7月 9日（水）	7月16日（水）	7月30日（水）
9月24日（水）	9月10日（水）	9月17日（水）	10月 1日（水）
10月22日（水）	10月 8日（水）	10月15日（水）	10月29日（水）
11月19日（水）	11月 5日（水）	11月12日（水）	11月26日（水）
12月24日（水）	12月10日（水）	12月17日（水）	※自宅訪問は都合により、日程 が変更される場合があります また自宅訪問後、3か月後に 再度、評価の訪問があります
令和8年 1月28日（水）	1月14日（水）	1月21日（水）	
2月25日（水）	2月10日（火）	2月18日（水）	



場所：直方市役所 5階 503・504会議室





助言者連絡会



(助言者の方のみ参加)



とき：令和7年8月28日（水）18：30～

場所：直方市役所 5階503・504会議室



- 個別地域ケア会議の経過報告
- 地域課題の整理
- 地域ケア会議の改善策 等





地域ケア会議の取り組み・流れ



事前打合せ～自宅訪問～事例の振り返り



地域ケア会議（個別地域ケア会議の流れ）

事例提供者が必要書類の提出（2週間前）

※地域包括支援センター主任ケアマネへ

※表紙に提出書類記載あり

表紙（氏名はイニシャルに変更）のみメールでも送付。

※事例発表の順番を早期に決定します（サービス事業者様の出席の関係上）

事前打合わせ

（1週間前）

※直方市役所内の会議室
30分程度

個別地域ケア会議

（当日）

※直方市役503・504会議室

自宅訪問（原則1週間後と3か月後）

振り返り（原則3か月後、書類提出）

※振り返りの報告発表



地域ケア会議（事前打合せ）

地域ケア会議の1週間前（午前中）

所要時間

30分程度

地域ケア会議の当日をイメージしながら打合せ

- ・事例発表に際しての課題の整理
- ・当日までの補足書類等の確認

・事前打合せは、
困りごとや課題を解決する打合せではありません



打合せ時間については
包括（主任ケアマネ）
と調整します

参加者

事例発表のケアマネジャー

アドバイザー

包括職員

地域ケア会議（当日のスケジュール）

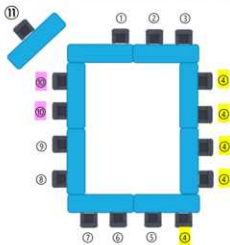


時間		所要時間
9:00～ 9:30	助言者事例読み込み（助言者の方）	30分
9:30～10:00	事例検討【事例1】	30分
10:00～10:10	休憩＆訪問調整	10分
10:10～10:40	事例検討【事例2】	30分
10:40～10:50	休憩＆訪問調整	10分
10:50～11:20	事例検討【事例3】	30分
11:20～12:00	「追加事例の検討」や 「ケア会議についての意見交換」等	40分
ポイント 書類提出はケア会議の事前打合せまで ※追加事例の検討 ・至急な検討が必要な事例 ・訪問介護における生活援助中心型サービスの届出の必要な方の事例 等		

地域ケア会議（進行の流れ）

		所要時間	ポイント
①	事例提供者の概要説明	3分	・ 現在の状況（生活機能の低下）に至った個人因子・環境因子を簡潔に説明 （自立を阻害している背景を洞察することが重要） ・ 課題整理総括表及び支援計画を解説 → 改善可能な機能や重要なポイントを中心に説明 ・ 助言者に対して尋ねたいことや、苦労していることを説明
②	サービス事業所の説明	3分	・ サービス事業所からサービス内容について説明 （運動器等の評価をしている場合はその内容） ・ 自宅周囲の環境 地域資源の紹介
③	生活支援コーディネーター	3分	・ 自宅周囲の環境 地域資源の紹介
④	助言者からの質問・意見	16分	・ 司会者が課題を整理して状態像を絞り込んだ上で進行 ケースの本質（自立を阻害している要因）やケアプランの注意点などについて、端的に言語化してまとめ、共通認識（抽出した課題）に漏れが生じないように ・ OJTの場であることを意識して、参加者の発言を促す
⑤	まとめ・重点課題の確認	2分	・ 今後参考となる意見やケアマネジャーや事業者が当面必要がある自課題にはその漏れがないよう最後に確認して、本人、家族への説明と合意形成を図るよう促す
⑥	事例提供者の感想	1分	・ 会議を通しての感想を発表
⑦	訪問の有無・参加者の決定	2分	

地域ケア会議（参加者）



①	事例提供者（事例発表ケアマネ）	
②	司会者	
③	アドバイザー	
④	生活支援コーディネーター	
⑤	薬剤師	
⑥	理学療法士	作業療法士
⑦	歯科衛生士	言語聴覚士
⑧	管理栄養士	
⑨	主任介護支援専門員	
⑩	サービス提供事業所	
⑪	主任ケアマネ（包括支援センター）	

地域ケア会議（事例提供者の提出資料）

〔提出書類〕

- 「地域ケア会議 事例提出書類 表紙」を参照ください
- 提出することで具体的な助言を得られる書類等
 - ・ 食事聞き取りシート
 - ・ 血液データ、健康診断結果
 - ・ 写真、データー画像⇒パソコン導入に伴い画像データーの提出が可能です
パソコンの動作確認が必要な為事前に相談ください



提出された書類は返却
しておりません
ご注意ください

※書類の書式は、HPに掲載しています
※書類は、個人情報記載のまま提出してください
※その他、必要に応じて資料の提出をお願いすることがあります

資料の提出先について

直方市健康長寿課 高齢者支援係
(直方市 地域包括支援センター)
主任CMへ

サービス提供事業所との調整（ケアマネジャー）

良い支援を行う上で、サービス提供事業所に地域ケア会議に参加いただくことはより効果的なものと考えています
無理のない範囲で参加いただけるようお声がけください



会議の集合時間や開催場所についての連絡は
事例提供者（ケアマネジャー）からサービス
提供事業所にお伝えください



自宅訪問



自宅訪問の流れ

1. 訪問先、訪問者の決定 (ケア会議当日)



2. 自宅訪問 (ケア会議 1 週間後、初回訪問)



訪問後の書類「地域ケア会議の訪問及び評価」を記入

- ・助言者は訪問後、担当CMに 3 日以内に提出
- ・担当CMは訪問後、包括主任CMに 1 週間以内に提出

3. 自宅訪問 (初回訪問後 3 ヶ月後訪問)

3 ヶ月後訪問評価 「地域ケア会議の訪問及び評価」記入

- ・助言者は訪問後、担当CMに 3 日以内に提出
- ・担当CMは訪問後、包括主任CMに 1 週間以内に提出



自宅訪問提出書類の記入（初回訪問）

※訪問報告シート（様式）は、訪問時までに包括主任CM（ケア会議担当）からお渡しします

※訪問の目的はケア会議時に決定します

○助言者

訪問後に**枠内（助言指導内容）**を
記載し介護支援専門員に提出

※コピーを提出

○介護支援専門員

助言者からの訪問シートを受け取り
枠内（助言指導内容）を記載

※コビーを提出

包括：主任CMに提出

※訪問後、1週間以内に提出

※書類の原本は、3か月評価訪問時に記載し提出する為、それまで保管ください。

自宅訪問提出書類の記入（3か月後）

地域ケア協議会の訪問記録（評価）用紙（訪問者用）	
事業年度（年）： 年 月 日	
訪問者の氏名（フリガナ）	
訪問の目的（選定理由）	
記載事項（選定理由・指導要領・指導要領の2・指導要領の3・指導要領の4・指導要領の5）	
評価項目（年）： 年 月 日	評価項目（年）： 年 月 日
初回訪問時に記載あり	※訪問後、介護支援専門員に記入してください。

○助言者

訪問後に枠内（評価・今後の方針）を記載し介護支援専門員に提出



○介護支援専門員

助言者からの訪問シートを受け取り
枠内（評価・今後の方針）を記載



包括：主任CMに提出

※訪問後、1週間以内に提出



※初回訪問時に記載された用紙（原本）に追記して、原本を提出ください

自宅訪問先の決定

令和5年度

➡ 1回の地域ケア会議で、自宅訪問は「1事例」

令和6年度

令和7年度

1事例ごとに自宅訪問の必要性を決定

（自宅訪問に同行する助言者の決定）

※担当CMと利用者様との信頼関係が重要と考えていますので

自宅訪問は必須ではありません

自宅訪問の受入れが難しい方は、事前にお知らせください

自宅訪問の決定は11月まで！

重要！

12～2月の訪問はありません



自宅訪問先での確認

対象者の生活課題に対して、自宅に訪問し利用者に
自立支援するための具体的な助言を提供

～住宅改修や福祉用具を貸与された利用者の自宅に訪問された場合～

貸与された福祉用具等の使用状況の確認や、必要な
場合は、使用方法の指導なども行ってください

利用者が可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活機能の維持又は改善を図り、状態の悪化の防止に資するとともに、介護者の負担の軽減を図る役割



事例の振り返り



地域ケア会議の終了後の振り返り (ケアマネジャー)

事例対象者、家族、サービス提供事業者等に、必要に応じて 会議での提案等をお伝えください

- (1) 事例対象者に対して：状況を見ながら、提案の中で実際に取り組みそうな内容から行ってください
すべての提案を行っていただく必要はありません
事例対象者との関係性を第一に考え、あせらずに無理のない範囲で取り組むようお願いします
- (2) 家族や友人等、関係者に対しての提案：状況をみて働きかけをお願いします
また主治医への確認・報告事項があれば、極力お伝えいただくとともに、必要があれば医療的な判断や指示を仰いでください
- (3) サービス提供事業所に対して：会議で話し合われた具体的な内容を伝えて、情報を共有するとともに、適切な支援が行われるようにしてください



また、3カ月後にモニタリングの状況を踏まえた「振り返りシート」を提出いただきます

振り返りシートの提出 ① (ケアマネジャー)

- ・地域ケア会議開催月の3ヶ月後、事例振り返りシートを包括（主任）へ提出

- ★助言をもとに取り組んだ事・その結果について
- ★達成度
- ★実際に取り組んで生じた新たな課題

[illegible]

振り返りシートの提出 ② (ケアマネジャー)

自宅訪問を行った場合、同行した助言者の助言をもとに取り組んだ事・その結果について達成度の欄は記入不要とします

訪問した場合は
評価の書類が必要

地域ケア会議後の訪問及び評価 (介護支援専門員用)

訪問日時: _____ 訪問場所: _____

訪問者: _____

評価者: _____

評価項目	評価内容	評価結果
1. 訪問の目的		
2. 訪問の経過		
3. 訪問の結果		
4. 今後の対応		
5. 評価		
6. 備考		
7. 評価者		
8. 評価日		

訪問者用評価シート

訪問日時: _____ 訪問場所: _____

訪問者: _____

評価者: _____

評価項目	評価内容	評価結果
1. 訪問の目的		
2. 訪問の経過		
3. 訪問の結果		
4. 今後の対応		
5. 評価		
6. 備考		
7. 評価者		
8. 評価日		

訪問した助言者の欄は記入不要

振り返り事例発表

今年度は、訪問を行った方に振り返りの事例発表をお願いしておりますが、令和8年度の地域ケア会議では、訪問の有無に関わらず順次、振り返りの事例発表を行う予定です



助言者の方へ



助言者の方へお願い



☆地域ケア会議での注意点☆

①机上に資料集がある方は資料集の記入をお願いします。
(毎年一度は資料集の更新をお願いします)

②机上の資料については、助言者の方においてはお持ち帰り可能です。
(利用者の方で資料の写取がある方は事務局の機密隠してはお持ち帰りでません)

③PC・モニターについて

★モニター（事務資料について）：タッチパネルで資料を参照することが出来ます。

★PC（助言者の入力について）：入力方法の注意点については別紙参照。

- ・30分の読み込み時間に限りで機密入力事務用の紙を記入をお願いします（加筆、入力時間を計っております）
- ※入力方法の注意点については別紙参照。

④出席・欠席については、必ず手元で確認をお願いします。

☆記載注意事項☆



※※※ 記載の際は必ずこの注意事項を必ず読んでください。

①「日時」：必ず正確に記入してください。

②参加者の氏名は必ず正確に記入してください。

③参加者の氏名は必ず正確に記入してください。

④参加者の氏名は必ず正確に記入してください。

⑤参加者の氏名は必ず正確に記入してください。

⑥参加者の氏名は必ず正確に記入してください。

⑦参加者の氏名は必ず正確に記入してください。

⑧参加者の氏名は必ず正確に記入してください。

⑨参加者の氏名は必ず正確に記入してください。

⑩参加者の氏名は必ず正確に記入してください。



令和6年度よりペーパレス化になっています。
ケア会議での注意点やPCの記載方法については
各助言者のテーブルに「地域ケア会議の注意点」
PC「記載注意事項」を準備してしますので、会議
に参加された際は、ご一読ください

助言者の方へお願い（追加）

「重点課題を解決するための対策」
の記載欄

この事例で、課題を解決するために
直方市であつたら良いと考えられる
地域資源を記入してください

A screenshot of a web application interface. The main part of the screen is a form titled '重点課題を解決するための対策' (Measures to solve key issues). The form has several input fields. A red rectangle highlights the '地域資源' (Local Resources) field, which is currently empty. To the right of the form is a list of checkboxes for various categories like '自然環境' (Natural Environment), '文化・歴史' (Culture/History), etc. The interface is in Japanese.

助言者シート（ケア会議後の活用）

- ・ 地域ケア会議終了後、事例提供者（ケアマネ）へ**助言者シート**を提供します



今後のケアマネジメント
の参考にしてください

画像はイメージです

事例1 某地方自治体ケア会議助言者シート		
助言者の氏名	助言の要旨	助言の成果
氏名		
助言の要旨		
助言の成果		
氏名		
助言の要旨		
助言の成果		
氏名		
助言の要旨		
助言の成果		

助言を行ってもらう上での注意点

- 全ての参加者にわかりやすい表現を心がけて、専門用語はできる限り避けて説明する
- **CMさんの聞きたい事、聞かなければならい事**を助言できているか？
- 助言や説明はポイントを絞って、短時間で説明する
- 問いかけだけで終わらないようにし、問いの目的も明確にする
- 具体的、実行可能な助言をする（持ち帰れる助言）
- 特に誰に対しての助言、質問なのか明確にする



**相手の立場になって伝える事を意識した上で、簡単なことは簡単に！
難しいことも、簡単に伝える意識を持つ！**

助言者（専門職に期待すること）



理学療法士・作業療法士

地域ケア会議に おける 助言者としての視点

- ① 生活不活発病（転倒）
 - ・転倒による骨折の既往歴がある場合は、必ず転倒の場所、原因を確認する
 - ・転倒の原因が内因性によるものなのか外因性（環境）によるものなのか見極める
 - ・廃用症候群の高齢者に対するサービス事業所での機能訓練の具体的な助言
- ② 脳梗塞片麻痺
 - ・**身体機能の改善のみでなく**生活機能（生活行為）の向上を目指す助言
 - ・環境面（補装具、補助具）に対する助言も忘れない事
- ③ 疾患の症状
 - ・疾患の主な症状、注意すること
 - ・運動機能向上訓練をする場合の**注意事項、リスク管理等**
- ④ **体験事例の紹介**
 - ・成功・失敗の事例を具体的に紹介しながら話す
- ⑤ 利用者が具体的に取り組む運動や活動への助言
 - ・利用者が今後の目標を達成できるように**サービス事業者等への助言**も行なう

訪問の視点

対象者

- ＊筋骨格系の疾患が有り筋力や体力を低下させている
- ＊精神的問題・環境的問題により一時的に機能が低下している
- ＊リハビリの必要性は感じていないが早期に運動習慣をつけることで能力の維持・改善の必要性がある。
- ＊通所系サービスや訪問リハビリなどの介護サービスを利用されていない利用者

方法

- ＊利用者宅訪問し現状の把握及び生活動線の確認・適切な運動・サービスの提案
- ＊生活リハビリ・ADL向上

助言者（専門職に期待すること）



言語聴覚士・歯科衛生士

地域ケア会議に おける 助言者としての視点

- ① 口腔ケアの必要性についての一般的な助言のみでなく、
対象者によってどの程度のケア指導が必要なのか見極めること
- ② 継続的、あるいは根本的なケアが必要な場合にはケアプランに盛り込むことを助言
・その際、歯科受診や訪問歯科診療等について確認
- ③ 予後予測として、例えば構音障害の場合どこまで改善が見込まれるか、維持なのか、
悪化の遅延化なのか、多少は改善の見込みがあるかどうか
- ④ 誤嚥性肺炎の危険性が予見できそうな事例については、その具体的な予防策を助言する事
・例えば年齢から推測し「老廃」ではないか、脳血管等の疾患の特徴として助言する
- ⑤ 口腔機能の重要性を伝える
・咀嚼・嚥下機能低下 → 栄養障害 → ADL低下 → QOL低下

訪問の視点

対象者

- ＊咀嚼に問題があるも定期的な口腔の手入れ・食事（食事介助）が行われていない利用者
- ＊言語聴覚士による訓練にて改善の見込みがある利用者
- ＊内科疾患が有り、口腔内の環境を整える必要がある方、歯科受診をされず放置している

方法

- ＊嚥下状態の確認・食形態の指導や調理方法の指導・口腔マッサージ・適切な食事状況の確認・食事介助等
- ＊利用者宅訪問し口腔内の状況把握と手入れ及びの提案

助言者（専門職に期待すること）



管理栄養士

地域ケア会議に
おける
助言者としての視点

- ① 永年の生活習慣をみる
 - ・習慣を変えさせた成功例等の助言に心がけること
例えば、カロリー制限の必要な事例に対しては、お茶碗や箸の選択など
 - ・食事のアセスメントの必要度の見極め（特に栄養面に問題がなければスルーする）
- ② 低栄養
 - ・タンパク質摂取は解るが、どのような調理、どのような素材を選択したらいいか伝える
例）肉×の人「鶏」、**「納豆」**、「豆腐」等 肉○の人
1日のタンパク質摂取量の目安〇g等
 - ・効果的なカルシウム摂取の方法（高齢者に適した食材の紹介）
 - ・嚥下機能が低下している人に適した食材（言語聴覚士や歯科衛生士と相談）
 - ・必要カロリーを摂取する工夫（食べ方：おにぎり、ゆで卵等手で握んで食べれるなど）
- ③ 糖尿病
 - ・具体的な成功例の助言を心がけること
 - ・少量でも満足感が得られる食べ方の紹介等
- ④ 高血圧
 - ・減塩する方法（具体的な方法の提示） 食べ合わせ等の紹介
- ⑤ 標準的なメニューの紹介
 - ・コンビニ、スーパーでのメニュー（食材選び）づくり
 - ・電子レンジレシピ、電圧調理器レシピ、炊飯器レシピ等の紹介

訪問の視点

対象者

＊食事管理が上手く行われておらず、今後悪化する可能性がある利用者

方法

＊献立の提案・食事上の注意点の提案

助言者（専門職に期待すること）



薬剤師

地域ケア会議に
おける
助言者としての視点

- ① お薬が食事・睡眠・排泄等と与える影響を加味して、飲み方や、副作用等で日常生活で気をつけた方がいい事を確認する
- ② 医療機関を複数かかっている場合、重複するお薬がないか、飲み合わせて気をつける薬がないか等の確認
- ③ 服薬状況等悪い場合、内服方法の助言や、内服回数の検討が可能かどうか助言。
（かかりつけ医やかかりつけ薬局へどのように伝えたらいいか助言）
- ④ 経験事例を通しての具体的な助言
 - ・在宅へ訪問して良かったケース
 - ・内服管理をするための環境助言など（服薬カレンダーの活用など）

訪問の視点

対象者

- *自宅での内服管理方法が不明瞭
- *複数の病院を受診 病院間の内服の情報交換ができていず、副作用の内服や、相互作用にての副作用がある方

方法

- *複数の病院から処方されている内服の整理
- *薬効や副作用・禁忌の説明
- *管理方法の提案

助言者（専門職に期待すること）



主任介護支援専門員

地域ケア会議に おける 情報提供の視点

・人を育てる立場であることを理解し、できていないことに目を向けるのではなく、
介護支援専門員が気が付いていない視点等に向けての助言を行う。
求めているのは、指導や教育ではないので気付きにつながる助言
可能性（否定をしない、できていないことばかり指摘しない。）
粗探しでなく「良い点」についてのフィードバックを心掛ける

① ニーズを的確にチェックし、自立支援を意識した助言

可能なかぎり「続けられる」ための助言

できそうなことに関しては「できるようになる」ための支援につながる助言

② 経験事例を通しての具体的な助言

- ・成功・失敗の事例を具体的に紹介しながら、解決に結びつける楽しさを持たせる。
- ・過去に利用した社会資源の情報提供経験事例を通しての具体的な助言

③ 個別課題から政策形成までの展開をサポート

経験も踏まえてあったらいいな・・・。できたらいいな。を踏まえて地域資源を見つけ出す。

保護者や地域包括支援センターにオブザーバーとしてサポートをする立場としての役割

- （ア）地域におけるフォーマル、インフォーマルサービスなどの社会資源の質、量の確保と改善に向けた取り組み
- （イ）新たな課題への対応、改善提案のための介護支援専門員自らの資質向上
- （ウ）介護支援専門員におけるケアマネジメントの質の向上への取り組み

助言者（専門職に期待すること）



生活支援コーディネーター

地域ケア会議に おける 情報提供の視点

利用者が地域で生活するための社会資源の提案

- ① ご本人宅の住宅周囲環境の確認
外出を阻害している因子を網羅
- ② 公共機関の把握
- ③ 病院（歯科も含む）の把握
- ④ 買い物場所
- ⑤ 地域の通いの場所

各個人の社会資源を集約して、各地区毎または、各種味活動毎にまとめる

訪問の視点

利用者にお会いし実際の状況を勘案した外出方法の提案
必要な地域資源の把握と資源の構築

「事例を提供して良かった」と思ってもらえるように！

- ① 参加している全員が「参加してよかった」「また参加したい」と思えるような会議になるように、参加者全員で直方市地域ケア会議を作っていきます！
- ② 直方市地域ケア会議を通して、直方市住民のQOLの向上や地域課題の発見のため活発な意見交換ができるように、参加者は積極的に発言をしましょう！
- ③ 直方市地域ケア会議で議論された内容が、形式的なものとして終わらないように利用者のサービスまで届くように議論して、実行しましょう！



**事例検討の最後には、参加者全員の拍手を
持って、その事例を終了しましょう♡**





令和7年度
地域ケア会議の新たな取り組み



令和7年度からの変更点

4 事例目の内容変更

令和6年度



●住宅改修・福祉用具の事例

＜内容＞

介護サービス係より、住宅改修・福祉用具の事例を検討



令和7年度

●ケア会議当日の振り返り

当日参加の助言者全員で会議内容を振り返り、今後のケア会議の内容の充実を図る

●助言者間の情報交換

●追加事例のケア会議

すぐに対応してほしい事例の検討

(ケア会議1週間前の
事前打ち合わせまでに書類提出)





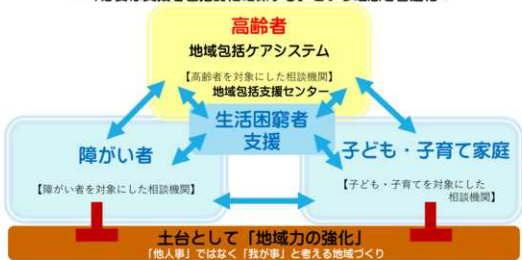
直方市地域包括ケアシステム推進会議
(令和6年10月18日に開催)

地域ケア会議から抽出された課題等を報告



地域共生社会の実現に向けた包括的支援

～「必要な支援を包括的に確保する」という理念を普遍化～



**直方市地域包括ケアシステム推進会議
（地域づくり・資源開発機能）**



- 庁内での情報共有と解決策の検討
- 個別の課題を抽出して、地域の課題として整理する

直方市地域ケア会議（個別課題解決機能）

生活支援体制整備事業

生活支援コーディネーターを通じて、高齢者の多様な日常生活上の支援体制の充実及び強化並びに高齢者の社会参加の推進を一体的に図る

直方市地域ケア会議において
助言者の2/3以上が重点課題と判断した項目（重複回答）

1位	身体面（運動器）
2位	健康（血圧・体重）管理・薬管理
2位	栄養面
2位	認知面
5位	口腔面
6位	疾病・医療
7位	精神面（鬱等）
7位	家族の課題
7位	社会参加・生きがい

【令和6年5月～令和7年2月】

直方市地域ケア会議での主な重点課題

1 身体面（運動器）

→ 筋骨格系疾患
（変形性疾患・骨粗しょう症・骨折等）
筋力低下、フレイル

2 健康（血圧体重）・薬管理

→ 高血圧症、肥満または痩せ、薬の飲み忘れ

3 栄養面

→ 調理時間の短縮・食事摂取量の確保
コンビニや冷凍食品、カット野菜等の活用
疾患に伴う食生活の改善
（糖尿病・終末期・嚥下障害等）

4 社会参加（生きがい）

→ 地域のつながり・交流の機会・場所づくり
（世代を超えた行事等）
社会的役割の喪失

直方市地域ケア会議の重点課題から見えてくるもの

1 買い物や通院の移動手段

- ・ 電動カート(シニアカー)や自家用車を利用しないと外出できない
- ・ 買い物をした後、荷物を持って移動ができない
- ・ タクシーを利用して往復する金銭の余裕がない

2 高齢の親と障がいを抱える子どもの支援や老々介護

- ・ 高齢の親と障がいを抱える子ども、一緒にいる家族への関わり方
- ・ 親亡き後の子どもの心配、不安
- ・ 老々介護による介護疲れ

3 公営住宅の低層階への住み替えや費用の課題

- ・ エレベーターのない公営住宅の低層階への住み替え、引っ越し費用
- ・ 生活保護にならない狭間の人への対応
(部分的な支援)

直方市地域ケア会議から見えてきた新たな課題

住宅改修や福祉用具貸与・購入の申請において
保険者として専門職（理学療法士・作業療法士等）との関わり

- ・介護保険の下で提供される住宅改修は、福祉用具の活用等とともに、在宅高齢者の居住環境整備を図るためのサービス
- ・介護保険の基本理念である「高齢者の自立支援」の観点からも極めて重要なサービス

今後さらなる高齢化に伴い「住宅改修等のサービス」について、ニーズは量的に**拡大**

高齢者の心身の状態や暮らし方に的確に対応した居住環境を整える
ためにも専門職の関与を含めた質の確保

介護保険の担当部署は「住宅改修に対する専門職」との関わりが必要

ご清聴、ありがとうございました



☆多地域ケア会議の見学は、PCの台数に限りがありますので、
各事業所から1名の出席・ご相談は1週間前までにお願いします

